

Jakub Lickiewicz

Zakład Psychologii Zdrowia

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

jlickiewicz@cm-uj.krakow.pl

Małgorzata Zawilińska

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

m_zawilinska@interia.pl

Marta Makara-Studzińska

Zakład Psychologii Zdrowia

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

marta.makara-studzinska@uj.edu.pl

Uwarunkowania kulturowe postaw wobec zachowań agresywnych pacjentów w grupie studentów pielęgniarstwa

STRESZCZENIE

Zjawisko agresji jest bardzo powszechne w życiu codziennym, występuje w różnych sytuacjach, zarówno wśród dzieci, jak i osób dorosłych i starszych niezależnie od płci, rasy, czy wieku. Ale to szczególnie pielęgniarki z racji udziału w życiu drugiego człowieka w ciężkim dla niego momencie życia często są narażone na kontakt z przejawami agresji, o czym mogą przekonać się już studenci pielęgniarstwa odbywający praktyki na szpitalnych oddziałach. Celem pracy była analiza postaw wobec agresji wśród studentów pielęgniarstwa studiów pierwszego stopnia, a także możliwości radzenia sobie z agresją przez studentów. Grupę badaną stanowiło 391 studentów pielęgniarstwa I, II i III roku studiów licencjackich. Badania przeprowadzono

w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. W pracy wykorzystano kwestionariusze: Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument oraz skalę Attitudes Towards Aggression Scale w wersji polskiej. Wykazano, że istnieje związek pomiędzy rokiem studiów a postawami wobec agresji. Mężczyźni posiadają wyższy poziom pewności siebie w radzeniu sobie z agresywnym pacjentem, niż kobiety, natomiast nie wykazano istotnych statystycznie różnic w postawach wobec agresji pomiędzy płciami. Istnieje potrzeba pomocy studentom pielęgniarstwa w rozbudowaniu postaw wobec agresji oraz umiejętności radzenia sobie z nią.

SŁOWA KLUCZOWE: agresja, postawy, postawy wobec agresji, student pielęgniarstwa

ABSTRACT

Cultural aspects of attitudes towards patient aggressive behaviour in group nursing students

Aggression is widespread in everyday life and occurs in different situations among people regardless of gender, race or age. Because of the nursing intervention in human life at a difficult moment, nurses are often exposed to the manifestation of patient's aggression. Students can be convinced about it on the practice at different hospital wards. The aim of the study was to analyse attitudes towards aggression and also ability to coping with aggression by nursing students on bachelor degree. The study group comprised 391 nursing students on I, II and III year of bachelor degree. The research was conducted at the Collegium Medicum of the Jagiellonian University in Cracow from January to May 2017. In the research was used questionnaires: Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument and Attitudes Towards Aggression Scale scale in polish version. Research has shown the correlation between the level of bachelor degree and attitudes towards aggression. Men have a higher level of self-confidence in coping with an aggressive patient, but there was no statistically significant difference in attitudes towards aggression between genders. There is a need to help nursing students to develop attitudes towards aggression and coping skills.

KEYWORDS: aggression, attitude, attitudes towards aggression, nursing student

Wprowadzenie

Pielęgniarstwo w ostatnich latach cieszy się dużą popularnością wśród maturzystów decydujących o wyborze kierunku studiów. Trudno jednoznacznie wskazać, co jest przyczyną tak dużej popularności, ale bez wątpienia nie bez znaczenia jest fakt, że praca z drugim człowiekiem, zwłaszcza potrzebującym, daje duże poczucie satysfakcji zawodowej. Kandydaci do zawodów związanych z opieką powinni cechować się nie tylko wrażliwością, cierpliwością i empatią, ale również rzetelnością, odpowiedzialnością i sumiennością. Współczesne pielęgniarstwo dąży do jak największej samodzielności zawodowej, a co za tym idzie, nieustannie zwiększa się również odpowiedzialność za pacjenta i świadczone usługi pielęgniarskie¹.

Kształcenie akademickie pielęgniarek ma na celu odpowiednie przygotowanie studentów do tego wymagającego zawodu. W związku z tym na studia pielęgniarskie przypada duża liczba godzin dydaktycznych, bowiem już na studiach I stopnia jest to 4800 godzin, z czego połowa (2300 godzin) stanowi kształcenie praktyczne, w tym 1200 godzin praktyk zawodowych².

W związku z tym studenci mają możliwość odbywania praktyk na niemal wszystkich rodzajach oddziałów szpitalnych. Mogą zapoznać się z organizacją zadań i zakresem obowiązków spoczywających na personelu pielęgniarskim. Uczą się nie tylko wykonywania instrumentalnych czynności pielęgniarskich, ale przede wszystkim przygotowują się do kontaktu z pacjentem. Z tego powodu, już podczas kształcenia są narażeni na incydenty agresji. Ponadto, studenci są niejednokrotnie świadkami agresji pacjentów względem członków personelu i obserwują ich zachowania i reakcje. Niestety często same pielęgniarki nie wiedzą w jaki sposób się zachować, często próbują załagodzić problem, samodzielnie go rozwiązać lub odpowiadają podobną agresją³.

Zachowania agresywne w miejscu pracy stają się powszechnym i coraz częściej występującym zjawiskiem. Personel medyczny należy do drugiej z kolei grupy zawodowej, która jest szczególnie narażona na zachowania agresywne. Agresja, zgodnie z jedną z definicji, stanowi naruszenie

-
- 1 A. Iwadnicka-Maciura, E. Smoleń. *Wizerunek współczesnego absolwenta pielęgniarstwa – spojrzenie przez pryzmat kodeksu etyki*. W: B. Dobrowolska, Z. Foryś, J. Jaskiewicz (red.): Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, *Pielęgniarstwo na rzecz milenijnych celów rozwoju* Oficyna Wydawnicza AFM, 2014, 59-67.
 - 2 Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa Dz.U. 2012 poz. 631
 - 3 J. Lickiewicz, J. Piątek, *Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarskiej*. „Sztuka Leczenia”, 2014; 3-4, s. 11-22.

podstawowych praw człowieka oraz praw pracownika w miejscu pracy i jest zarazem najpoważniejszym czynnikiem, który zmienia miejsce pracy w taki sposób, że pracownik czuje się zagrożony. To z kolei prowadzi do zmniejszenia zaangażowania w pracę, braku satysfakcji, aż do wypalenia zawodowego⁴.

Zachowania agresywne pacjentów mogą przybierać różne formy. Tego typu incydenty istotnie zaburzają proces leczenia, a także mają wpływ na relacje pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Agresja w ujęciu psychologii poznawczej traktowana jest jako wynik ujawnienia się dysfunkcyjnych schematów poznawczych. Jak to opisuje Nijman, jest to swego rodzaju błędne koło, w którym pacjent przyjmuje, że ktoś chce go skrzywdzić i ma poczucie zagrożenia, co z kolei prowadzi do zachowań agresywnych. Powoduje to, że personel decyduje się na zastosowanie środków takich jak leki czy przymus bezpośredni, a te działania wtórnie utwierdzają pacjenta w jego przekonaniach, co do złych intencji personelu⁵.

Według Duxbury, zachowania agresywne pacjentów można uzasadnić na trzy sposoby. Autor wyróżnia model wewnętrzny, w którym ryzyko wystąpienia agresji jest związane z indywidualnymi uwarunkowaniami dotyczącymi osoby. W modelu zewnętrznym, czynniki ryzyka związane są ze środowiskiem. Natomiast w modelu trzecim, „osoba kontra sytuacja” znaczenie odgrywają zarówno czynniki indywidualne ze strony pacjenta, jak i czynniki środowiskowe⁶.

Agresja wobec personelu medycznego stanowi jednak bardziej złożony problem i aby zrozumieć skalę zjawiska nie można, jak już to wskazano wcześniej, szukać jej przyczyn wyłącznie w pacjencie. Agresja w opiece zdrowotnej jest wzajemną interakcją wielu czynników, do których z jednej strony zalicza się cechy pacjenta i odwiedzającego, jego emocje i stan zdrowia⁷, z drugiej jednak strony należy również uwzględnić cechy

4 J. Kliszcz, K. Nowicka-Sauer, B. Trzeciak, A. Sadowska, *Poziom lęku, depresji i agresji u pielęgniarek, a ich satysfakcja z życia i pracy zawodowej*. „Medycyna Pracy”, 2004; 55(6), s. 461-468; K. Frydrysiak, J. Ajdukiewicz, M. Grześkowiak, *Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego*. „Anestezjologia i Ratownictwo”, 2016; 1(10), s. 46-52.

5 M. Sariusz-Skapska, *Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 2005; 14(2) s. 87-91; R. Markiewicz, *Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarstwa zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych*. „Curr. Probl. Psychiatry”, 2012; 13(2) s. 93-97; L. Nijman, M. Campo, P. Ravelli, L. Merckelbach, *A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards*. „Psychiatr. Serv.”, 1999; 50:832.4.

6 J. Duxbury, *An exploratory account of registered nurses. Experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings*. „J. Psychiatr. Ment. Health”. Nurs., 1999; 6:197.

7 S. Winstanley, R. Whittington, *Aggressive encounters between patients and general hospital staff: staff perceptions of the context and assailants' levels of cognitive processing*. „Aggressive Behavior”. 2004 Nov 1; 30(6) s. 534-43.

samego personelu, wykonywany zawód medyczny, wiek oraz doświadczenie kliniczne. Istotne są także takie czynniki jak postrzeganie agresji oraz postawy wobec niej⁸.

Jak wskazują powyższe badania, agresja pacjentów nie jest zjawiskiem jednostronnym, a jej przyczyn można upatrywać także po stronie personelu medycznego. Można do takich zaliczyć:

- sposób komunikacji i jakość relacji terapeutycznej,
- płeć i wiek personelu,
- doświadczenie i kwalifikacje personelu,
- niepewność i lęk ujawniany przez personel w obecności pacjenta,
- cechy osobowości personelu – osobowości wysokie poczucie kontroli i autorytaryzm są szczególnie wyzwalającymi agresję cechami,
- obecność osób szkolących się na oddziale – praktykantów⁹.

Trudnością w opisie wpływu agresji na jakość opieki jest to, że każdy kraj ma inne podejście do leczenia, system edukacji oraz standardy i algorytmy postępowania wobec agresji¹⁰. Można jednak spotkać się z tezą, że bez względu na kraj, krąg kulturowy czy warunki opieki, reakcje psychologiczne pielęgniarzek na agresję pacjentów są podobne¹¹. Podane wskaźniki nie wyczerpują skali zjawiska, wskazują jednak na jego złożoność i pokazują, jak duży wpływ w późniejszym zachowaniu wobec pacjenta ma osobista postawa pielęgniarki wobec agresji.

Agresja dotyczy także studiujących pielęgniarstwo w trakcie ich edukacji akademickiej, głównie w czasie praktyk zawodowych. W większości przypadków studenci padają ofiarami agresji werbalnej, często są także świadkami agresji wobec innych członków personelu¹². W porównaniu z pracującym personelem doświadczają oni mniejszej ilości agresji fizycznej i gróźb, jednak w swoim odczuciu częściej są narażeni na agresję horyzontalną, której źródłem są inni członkowie zespołu: koledzy, personel,

8 S. Hahn, M. Müller, I. Needham, T. Dassen, G. Kok, R. Halfens. *Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS*. „Journal of clinical nursing”. 2011 Sep 1;20(17-18) s. 2519-30.

9 M. Sariusz-Skapska, *Formy agresji pacjentów* dz. cyt.; R. Markiewicz, *Zachowania agresywne pacjentów* dz. cyt.

10 M. Chambers, X. Kantaris, R. Kontio, L. Kuosmanen, A. Scott, M. Botelho, R. Zanotti, V. Marritta. *The feelings and thoughts of mental health nurses concerning the management of distressed and disturbed in-patients: a comparative qualitative European study*. “Open Journal of Nursing”. 2013 Oct 11;3(06) s. 426-436.

11 I. Needham, C. Abderhalden, R. Halfens, T. Dassen, H. Haug, J. Fischer. *The impact of patient aggression on carers scale: instrument derivation and psychometric testing*. “Scandinavian Journal of Caring Sciences”. 2005 Sep 1;19(3) s. 296-300.

12 T. Ferns, L. Meerabeau *Verbal abuse experienced by nursing students*. “Journal of Advanced Nursing”. 2008 Feb 1;61(4) s/ 436-44.

lekarze czy też ich opiekunowie praktyk¹³. Doświadczają oni wtedy emocji podobnych do tych, które przeżywają pracujące już pielęgniarki¹⁴. Badania wskazały na zależność postrzegania agresji i płci studenta, poczucia bezpieczeństwa i wcześniejszych doświadczeń z agresją¹⁵. Wykazano także zależność między postawą wobec agresji a postrzeganiem choroby psychicznej przez studentów pielęgniarstwa. Pozostaje ona w związku z postrzeganiem agresji i stosunkiem do stosowania środków przymusu bezpośredniego¹⁶. Wynika z tego konieczność nauczania już na poziomie edukacji akademickiej zasad efektywnej komunikacji, asertywności, w tym także treningu umiejętności radzenia ze stresem, jaki wywołuje konfrontacja z agresywnym pacjentem¹⁷.

Powyższe rozważania wskazują, że postawy stanowią istotny element decydujący nie tylko o wyborze kierunku studiów przez przyszłe pielęgniarki, lecz także o późniejszym podejściu do pacjenta. Postawa w rozumieniu psychologii jest trwałą oceną obiektów, ludzi, czy też pojęć, która może być zarówno pozytywna, jak i negatywna. Postawy charakteryzują się względną trwałością, co oznacza, że utrzymują się przez dłuższy czas najczęściej i nie zmieniają się pod wpływem jednorazowych negatywnych bodźców. Żaden człowiek nie jest neutralnym obserwatorem otaczającego go świata, stale ocenia to, co widzi i przyjmuje wobec tego różne postawy¹⁸.

Zgodnie z koncepcją Ajzena, właśnie na podstawie opinii i doświadczeń związanych z danym zjawiskiem można przewidywać reakcję jednostki w podobnej sytuacji w przyszłości¹⁹. Oznacza to, że kontakt z agresją pacjentów i ich rodzin wywołuje wśród personelu negatywne konsekwencje, do których należą emocje takie jak: złość, frustracja,

13 N. Magnavita, T. Heponiemi. *Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience*. "Journal of Nursing Scholarship". 2011 Jun 1;43(2) s. 203-10

14 J. Nau, T. Dassen, R. Halfens, I. Needham, *Nursing students' experiences in managing patient aggression*. "Nurse Education Today". 2007 Nov 30;27(8) s. 933-46.

15 H. Bilgin, N. Keser Ozcan, Z. Tulek, F. Kaya, N. Boyacioglu, O. Erol. *Student nurses' perceptions of aggression: An exploratory study of defensive styles, aggression experiences, and demographic factors*. „Nursing & health sciences”. 2016 Jun 1;18(2) s. 216-22.

16 L. Bowers, J. Alexander, A. Simpson, C. Ryan, P. Carr-Walker. *Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder*. "International journal of nursing studies". 2007 Mar 31;44(3) s. 349-56.

17 D. Jonas-Dwyer, O. Gallagher, R. Saunders, H. Dugmore, C. Bulsara, H. Metcalfe. *Confronting reality: A case study of a group of student nurses undertaking a management of aggression training (MOAT) program*. „Nurse education in practice”. 2017 Aug 8 s. 27-78.

18 R. Crisp, R. Turner, *Psychologia społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2015.

19 M. Fishbein, I. Ajzen, *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Taylor & Francis, 2011

poczucie bezsilności, czy samoobwinianie się, a nawet negatywne nastawienie do pacjenta²⁰. W skrajnych przypadkach dochodzi do absencji, zmiany miejsca pracy lub nawet drogi zawodowej. Efektem przewlekłej ekspozycji na agresję pacjentów i ich rodzin może być także wypalenie zawodowe²¹. Wszystkie te czynniki w efekcie skutkują negatywną postawą wobec wszystkich pacjentów i w efekcie pogorszeniem jakości opieki zdrowotnej.

Material i metody

Celem pracy była analiza postaw wobec agresji wśród studentów pielęgniarstwa studiów pierwszego stopnia oraz ich możliwości radzenia sobie z agresją. Dodatkowo poszukiwano czynników, które mogłyby mieć wpływ na te zmienne, jak płeć oraz wiek.

Agresja jest zjawiskiem powszechnie występującym w różnych sytuacjach dnia codziennego, również w przyszłej pracy zawodowej studentów pielęgniarstwa, badania miały na celu sprawdzenia możliwości radzenia sobie z agresją.

Grupę badawczą stanowiło 391 studentów pielęgniarstwa I, II i III roku studiów licencjackich Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Rozdanie kwestionariuszy poprzedzono informacją o celu badań, zapewniono o ich anonimowości, oraz, że zebrane wyniki posłużą jedynie do badań naukowych. Ankietowani mieli prawo zrezygnować z uczestnictwa na każdym etapie procedury badawczej.

Wiek badanych zawierał się pomiędzy 18-33 rokiem życia (średnia = 20,96, SD = 1,54). W badanej grupie znalazło się 372 kobiety i 19 mężczyzn. Grupę stanowiło 138 osób z pierwszego roku (35,3%), 85 z drugiego (21,7%) oraz 168 z trzeciego (43%). Część z badanych nie wypełniała kwestionariusza CCPAI, w związku z tym obliczeń statystycznych dotyczących tego kwestionariusza dokonano na mniejszej populacji.

W celu określenia postaw i opinii badanych wobec agresji pacjentów, zastosowano dwa narzędzia badawcze: Skalę pewności siebie w radzeniu

20 E. Bimenyimana, M. Poggenpoel, C. Myburgh, V. Van Niekerk. *The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution*. "Curatio-nis". 2009;32(3) s. 4-13; M. Chambers, X. Kantaris, V. Guise, M. Välimäki. *Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses*. "Journal of psychiatric and mental health nursing". 2015 Jun 1;22(5) s. 289-297.

21 K. Edward, K. Ousey, P. Warelou, S. Lui. *Nursing and aggression in the workplace: a systematic review*. "British journal of nursing". 2014;23(12) s. 653-659.

sobie z pacjentem agresywnym (CCPAI) oraz Skalę postaw wobec agresji (ATAS).

Skala pewności siebie w radzeniu sobie z pacjentem agresywnym jest narzędziem badającym poziom pewności siebie w radzeniu sobie z pacjentem agresywnym. Narzędzie zawiera 10 pytań, w których badany dokonuje samooceny pewności siebie za pomocą skali od 0 do 10, gdzie: 0 – odpowiada całkowitemu brakowi pewności siebie, a 10 to bardzo pewny siebie. Jego skuteczność wykazano w kilku badaniach europejskich²².

Skala Postaw wobec agresji jest narzędziem, które służy do oceny postaw personelu wobec agresji. Składa się z 18 pytań, w których respondent może wyrazić swoją opinię w pięciostopniowej skali, gdzie: 1 oznacza zdecydowanie się zgadzam, 2 – zgadzam się, 3 – nie mam zdania, 4 – nie zgadzam się, 5 – zdecydowanie się nie zgadzam. Niższy wynik wskazuje więc na silniejsze natężenie danej postawy. W oryginalnej wersji, w wyniku analizy czynnikowej wyróżniono podskale, które rozróżniają pięć postaw wobec agresji (ofensywną, komunikatywną, destrukcyjną, ochronną oraz natrętną)²³.

Skala ATAS jest wiarygodnym narzędziem badającym postawy wobec agresji, które umożliwia przeprowadzanie badań porównawczych między różnymi krajami, potwierdzono to w międzynarodowym badaniu, w którym wzięło udział 1769 pielęgniarek psychiatrycznych, pracujących na oddziałach psychiatrycznych oraz studentów pielęgniarstwa²⁴.

W celu weryfikacji istniejących pomiędzy grupami różnic zastosowano test Kruskalla-Wallisa, U Manna-hitneya oraz korelacje R-Pearsona. Do obliczeń użyto pakietu statystycznego SPSS w wersji 24.

Wyniki badań

Wyniki porównań w zakresie płci nie wykazały istotnych statystycznie różnic w zakresie postaw wobec agresji. Stwierdzono jednak, że badani

22 M. Thackrey, *Clinician confidence in coping with patient aggression: Assessment and enhancement*. „Professional Psychology: Research and Practice”, 1987; 2:18(1), s. 57-60; M. Trish, M. Daffern, *Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting*. „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing”, 2006; 2(13), s. 90-99.

23 G. Jansen, B. Middel, T. Dassen, *An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes towards aggression scale*. „International Journal of Nursing Studies”, 2005; 5 s. 467-477; M. Mik, I. Malan, E. Janssen. *Staff's attitudes towards aggression in psychiatry*. „Proceedings of the 9 th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry”; 22-24 October 2015, s. 135-138.

24 G. Jansen, B. Middel, T. Dassen, *An international comparative study*, dz. cyt.

mężczyźni mają wyższe (średnia ranga = 248,03) poczucie pewności siebie w radzeniu sobie z agresją niż kobiety (średnia ranga = 145,19). Wartość testu U Manna-Whitneya wynosiła 4,734 ($p < 0,000$).

Analiza korelacji pomiędzy wiekiem a badanymi zmiennymi wykazała istotną statystycznie zależność w zakresie poczucia pewności siebie w radzeniu sobie z agresją. Jest ona jednak słaba ($p < 0,01$, $R = 0,19$).

Analizy statystyczne porównujące zależności w zakresie etapu studiów wykazały szereg zależności. W tabeli pierwszej zawarto wyniki analiz porównawczych pomiędzy trzema grupami w zakresie postaw wobec agresji oraz pewności siebie w radzeniu sobie z pacjentem agresywnym.

Tabela 1. Wyniki istotności różnic dla trzech grup w zakresie postrzegania agresji oraz pewności siebie w radzeniu sobie z agresją ($n = 391$)

Skala	Wartość testu	Stopnie swobody	Istotność	I rok	II rok	III rok	Test post-hoc
CCPIA	5,88	2	0,06	149,99	136,06	169,06	brak
ATAS Ofensywna	13,9	2	0,01	224,4	186,15	177,62	3-1 (0,01) 2-1 (0,04)
ATAS Destrukcyjna	5,49	2	0,06	202,28	213,98	181,75	brak
ATAS Natrętna	17,25	2	0,001	182,11	240,49	184,9	1-2 (0,01) 3-2 (0,01)
ATAS Komunikacyjna	0,67	2	0,7	192,77	190,85	201,26	brak
ATAS Ochronna	6,86	2	0,03	178,68	192,82	211,69	1-3 (0,02)

Z analizy powyższej tabeli wynika, że istnieją istotne statystycznie różnice w zakresie postaw wobec agresji w zakresie postrzegania jej jako zachowania ofensywnego, natrętnego oraz ochronnego. Studenci I roku rzadziej postrzegają zachowanie pacjenta jako ofensywne. Z kolei studenci II roku w mniejszym stopniu niż traktują agresję jako zachowanie natrętne. Studenci III roku rzadziej widzą agresję jako zachowanie o charakterze ochronnym.

Dyskusja wyników

Uzyskane wyniki wskazują na silną zależność pomiędzy rokiem studiów a postrzeganiem agresji. Potwierdzają one wyniki wcześniejszych badań, wskazujących na związek doświadczenia i percepcji zachowań agresywnych pacjentów. Największe różnice są dostrzegalne między studentami

pierwszego i trzeciego roku. Badanie przyszłych pielęgniarek na III roku studiów odbywało się pod sam koniec ich edukacji, już po wszystkich praktykach na oddziałach szpitalnych, w tym także psychiatrycznych. Można więc powiedzieć, że ich postawa odzwierciedlała percepcję osoby, która rozpoczyna swoją pracę zawodową, jest jednak już po pierwszym kontakcie z pacjentem. Jej postawa mogła się zatem zmieniać i kształtować za pośrednictwem doświadczeń własnych, jak i historii słyszanych od koleżanek. Postrzega zatem agresję przez pryzmat swoich wspomnień i kontaktów z pacjentem, nie w sposób idealny, jak to mogą robić studenci I roku, którzy nie mają jeszcze takich doświadczeń. Postawa wobec agresji zmienia się zatem w miarę edukacji oraz kontaktu z pacjentem. Nie jest ona jednak jednoznaczna. Studenci III roku postrzegają agresję jako zachowanie zmierzające do wymuszenia, przejaw braku współpracy i niechęci. Równocześnie odmawiają agresji pacjenta cech zachowania zmierzającego do obrony swojego terytorium czy też samego siebie. Pokazuje to, że postawa wobec agresji staje się stopniowo bardziej wyrazista, można powiedzieć czarno-biała. Takie rozumienie agresji powoduje duże zafałszowanie obrazu, gdyż agresywne zachowania pacjentów mają często różną motywację, jak to ma miejsce w przypadku pacjentów z demencją. Ciekawa jest zależność postrzegania agresji jako zachowania natrętnego, z którym najmniej zgadzają się studenci II roku. Może to być związane z dużą ilością zajęć i wykładów o charakterze humanistycznym, oraz praktyk w placówkach opiekujących się dziećmi. Ponownie powoduje to zmianę percepcji osoby pacjenta i zachowań, jakie on przejawia. Kolejny kontakt z pacjentem dorosłym powoduje zmianę postawy na bardziej negatywną.

Badanie pokazało także większą pewność siebie w zakresie radzenia sobie z agresją pacjentów w grupie mężczyzn. Jest to ich subiektywne poczucie jednak wcześniejsze badania pokazują, że brak poczucia bezpieczeństwa jest dla kobiet silnym stresorem²⁵. Niewątpliwie fakt konfrontacji fizycznej budzi w kobietach dużą obawę przez własnymi możliwościami poradzenia sobie w takiej sytuacji. Wynik ten można zatem interpretować w kategorii stereotypów międzypłciowych. Należy jednak podkreślić, że badana grupa mężczyzn nie była duża, zatem wskazana byłaby dalsza analiza tego zjawiska na szerszej populacji.

Słaba korelacja wieku i zdolności radzenia sobie w sytuacji agresji pokazuje, że wiek i idące za nim doświadczenie może wpływać na poczucie bezpieczeństwa badanych. Bez wątpienia jest to korelacja dodatnia,

25 J. Weitlauf, R. Smith, D. Cervone. *Generalization effects of coping-skills training: influence of self-defense training on women's efficacy beliefs, assertiveness, and aggression*. „Journal of Applied Psychology”, 2000, 85(4), p. 625.

trudno jednak jednoznacznie określić kierunek tej zależności. Nie wykazano istotnego statystycznie związku wieku i postaw wobec agresji, co oznacza, że sam wiek nie warunkuje ich zmiany.

Wnioski

Badania pokazały zależność etapu edukacji i postaw wobec agresji. Pokazuje to, jak silny jest wpływ edukacji akademickiej i osobistego kontaktu z pacjentem na kształtowanie się postaw. Wyniki pokazują jednak, że przez trzy lata edukacji, przyszła pielęgniarka funkcjonuje w dwóch światach, zupełnie odrębnych kulturach. Po jednej stronie stoi edukacja akademicka, w tym przedmioty humanistyczne, pokazujące wagę holistycznego postrzegania pacjenta. Z drugiej – praktyka, kontakt z realnością opieki zdrowotnej, z jej bólami i problemami. Jak wynika z badań, silniejszy wpływ na postawę wobec agresji ma ten drugi czynnik. Z tego względu, ważne jest powiązanie tych dwóch odrębnych światów, tak aby teoria i praktyka szły ze sobą w parze. Tylko wtedy pielęgniarki faktycznie będą wrażliwe, cierpliwe ale również rzetelne i sumienne w opiece nad pacjentem, bez względu na jego, czasami trudne, zachowanie.

BIBLIOGRAFIA

- BILGIN H., KESER OZCAN H., TULEK Z., KAYA F., BOYACIOGLU N., EROLO O., 2016, *Student nurses' perceptions of aggression: An exploratory study of defensive styles, aggression experiences, and demographic factors*. „Nursing & health sciences” Jun 1;18 (2) 216-22.
- BIMENYIMANA E., POGGENPOEL M., MYBURGH C., VAN NIEKERK V., 2009, *The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution*. „Curatio-nis” 32(3), s. 4-13.
- BOWERS L., ALEXANDER J., SIMPSON A., RYAN C., CARR-WALKER P., 2007, *Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder*. „International journal of nursing studies” Mar 31;44(3), s. 349-56.
- CHAMBERS M., KANTARIS X., KONTIO R., KUOSMANEN L., SCOTT A., BOTELHO M., ZANOTTI R., MARITTA V., 2013, *The feelings and thoughts of mental health nurses concerning the management of distressed and disturbed in-patients: a comparative qualitative European study*. „Open Journal of Nursing” Oct 11;3(06) s. 426-436.

- CHAMBERS M., KANTARIS X., GUISE V., VÄLIMÄKI M., 2015, *Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses*. „Journal of psychiatric and mental health nursing” Jun 1;22(5), s. 289-297.
- CRISP R.J., TURNER R.N., 2015, *Psychologia społeczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- DUXBURY J., 1999, *An exploratory account of registered nurses. Experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings*. „J. Psychiatr. Ment. Health Nurs” 6: 197.
- EDWARD K., OUSEY K., WARELOW P., LUI S. 2014 *Nursing and aggression in the workplace: a systematic review*. „British journal of nursing” 23(12), s. 653-659.
- FERNS T., MEERABEAU L., 2008 *Verbal abuse experienced by nursing students*. „Journal of Advanced Nursing” Feb 1;61(4), s. 436-44.
- FISHBEIN M., AJZEN I., 2011 *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Taylor & Francis.
- FRYDRYSIAK K., AJDUKIEWICZ J., GRZEŚKOWIAK M., 2016, *Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego*. „Anestezjologia i Ratownictwo” 1(10), s. 46-52.
- HAHN S., MÜLLER M., NEEDHAM I., DASSEN T., KOK G., HALFENS R., 2011, *Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS*. „Journal of clinical nursing” Sep 1;20(17-18), s. 2519-30.
- IWADNICKA-MACIURA A., SMOLEŃ E., 2014, *Wizerunek współczesnego absolwenta pielęgniarstwa – spojrzenie przez pryzmat kodeksu etyki*. W: DOBROWOLSKA B., FORYŚ Z., JASKIEWICZ J. (red.), *Pielęgniarstwo na rzecz mielenijnych celów rozwoju*: Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Oficyna Wydawnicza AFM, 59-67.
- JANSEN G., MIDDEL B., DASSEN T., 2005, *An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes towards aggression scale*. „International Journal of Nursing Studies” 5 s. 467-477.
- Jonas-Dwyer D., Gallagher O., Saunders R., Dugmore H., Bulsara C., Metcalfe H., 2017, *Confronting reality: A case study of a group of student nurses undertaking a management of aggression training (MOAT) program*. „Nurse education in practice” Aug 8, s. 27-78.
- KLISZCZ J., NOWICKA-SAUER K., TRZECIAK B., SADOWSKA A., 2004, *Poziom lęku, depresji i agresji u pielęgniarek, a ich satysfakcja z życia i pracy zawodowej*. „Medycyna Pracy”, 55(6), s. 461-468.
- LICKIEWICZ J., PIĄTEK J., 2014, *Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarskiej*. „Sztuka Leczenia”, 3-4, s. 11-22.

- MAGNAVITA N., HEPONIEMI T., 2011, *Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience*. „Journal of Nursing Scholarship” Jun 1, 43(2), s. 203-210.
- MARKIEWICZ R., 2012, *Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarstwa zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych*. „Curr. Probl. Psychiatry”, 13(2), s. 93-97.
- MIK M., MALAN I., JANSSEN E., 2015, *Staff's attitudes towards aggression in psychiatry*. „Proceedings of the 9 th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry” 22-24 October, s. 135-138.
- NAU J., DASSEN T., HALFENS R., NEEDHAM I., 2007, *Nursing students' experiences in managing patient aggression*. „Nurse Education Today”, Nov 30, 27(8), s. 933-946.
- NEEDHAM I., ABDERHALDEN C., HALFENS R., DASSEN T., HAUG H., FISCHER J., 2005, *The impact of patient aggression on carers scale: instrument derivation and psychometric testing*. „Scandinavian Journal of Caring Sciences”. Sep 1, 19(3), s. 296-300.
- NIJMAN H., CAMPO M., RAVELLI P., MERCKELBACH L., 1999, *A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards*. „Psychiatr. Serv.”, 50:832.4.
- ROZPORZĄDZENIE MINISTRA NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Dz.U. 2012 poz. 631.
- SARIUSZ-SKĄPSKA M., 2005, *Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 14(2), s. 87-91.
- THACKREY M., 1987, *Clinician confidence in coping with patient aggression: Assessment and enhancement*. „Professional Psychology: Research and Practice” 2:18(1), s. 57-60.
- TRISH M., DAFFERN M., 2006, *Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting*. „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing”, 2(13), s. 90-99.
- WINSTANLEY S., WHITTINGTON R., 2004, *Aggressive encounters between patients and general hospital staff: staff perceptions of the context and assailants' levels of cognitive processing*. „Aggressive Behavior” Nov 1;30(6), s. 534-43.
- WEITLAUF J., SMITH R., CERVONE D., 2000, *Generalization effects of coping-skills training: influence of self-defense training on women's efficacy beliefs, assertiveness, and aggression*. „Journal of Applied Psychology” 85(4), p. 625.



Jakub Lickiewicz – dr n. hum., psycholog, prawnik, instruktor samoobrony. Adiunkt w Zakładzie Psychologii Zdrowia na Wydziale Nauk o Zdrowiu UJ CM. W swojej pracy zajmuje się szeroko rozumianą problematyką agresji wobec personelu medycznego. Autor licznych publikacji z tego zakresu, w tym książki *Agresywny pacjent. Zasady i techniki postępowania*. Aktywny członek międzynarodowej organizacji ENTMA08, zrzeszającej osoby, zajmujące się zjawiskiem agresji i przemocy w warunkach ochrony zdrowia.



Małgorzata Zawilińska – magister pielęgniarstwa, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM, pielęgniarka w Oddziale Neurologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie.



Marta Makara-Studzińska – specjalista psycholog kliniczny, specjalista zdrowia publicznego, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, certyfikowany superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia CM UJ.